

国家戦略特区ワーキンググループ ヒアリング（議事要旨）

（開催要領）

- 1 日時 平成 25 年 9 月 13 日（金） 13:30～14:30
- 2 場所 永田町合同庁舎 7 階特別会議室
- 3 出席

<WG 委員>

- 座長 八田 達夫 大阪大学社会経済研究所招聘教授
委員 秋山 咲恵 株式会社サキコーポレーション代表取締役社長
委員 原 英史 株式会社政策工房代表取締役社長

<有識者>

阿曾沼 元博 順天堂大学客員教授

<関係省庁>

- 原 徳壽 厚生労働省医政局長
北澤 潤 厚生労働省医政局医事課長
大淵 雪栄 厚生労働省医政局医事課試験専門官
田鍋 一樹 厚生労働省医政局看護課課長補佐
佐々木 昌弘 厚生労働省医政局指導課医師確保等地域医療対策室長
川端 輝彦 厚生労働省大臣官房国際課課長補佐
村田 善則 文部科学省高等教育局医学教育課長

<事務局>

- 川本 正一郎 内閣府地域活性化推進室長
加藤 利男 内閣府地域活性化推進室国家戦略特区総括官
富屋 誠一郎 内閣府地域活性化推進室室長代理
藤原 豊 内閣府地域活性化推進室参事官
宇野 善昌 内閣府地域活性化推進室参事官

（議事次第）

- 1 開会
- 2 議事 外国医師の診察、外国看護師の業務解禁
病床規制の特例による病床の新設・増床の容認
- 3 閉会

○藤原参事官 それでは、すみません、ちょっと時間が押していますので、始めさせてい

たきます。

これから1時間、外国人医師受入れ、病床規制見直し、医学部の新設等につきまして、厚生労働省医政局長にもお出でいただいております。よろしくお願いいたします。

阿曾沼教授にも御同席をいただいております。

では、八田座長、よろしくお願いいたします。

○八田座長 お忙しいところを毎度いらしていただきまして、本当にどうもありがとうございます。

それでは、早速、御説明をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○原局長 それでは、資料を準備いたしましたので、2冊ありますけれども、まずは、外国医師、看護師、病床規制の分厚いほうの提出資料で御覧いただければと思います。従来からお話をしてきたことの議論になると思いますけれども、説明は簡単にさせていただきます。

めくっていただきまして、日本の医師資格制度、これは御承知のように、医師法において、「医師でなければ医業を行ってはならない。日本国内で医業を行う場合には医師でなければいけない。医師のためには、医師の国家試験に合格して厚生労働大臣の免許を受けなければいけない。」これが大原則であるということであります。これは下に関係条文を書いております。その中で、特に下のほうの第11条でございます。国家試験の受験資格が定められてありまして、一つ目は、普通の大学の医学部ということです。2番目が、医師国家試験予備試験に合格した者で、1年以上の修練をした者です。3番目は、外国の医学部を卒業して同等と認められたものについての前2号に係るものと同等以上の学力及び技能を有し、かつ適当と認定した者、となっております。いずれにしても、これは国家試験の受験資格であって、国家試験を受けていただくというのが最終的な資格付与になります。予備試験については、その第11条の3に該当しないものであって、一応その前に修練を受ける前提として認めていくという予備試験がある。

次のページに図が書いてあります。医師というのは各国によって制度がかなり違うところがありますので、日本の場合は、高卒まで学校が12年、卒業して大学で6年という形になっていますが、多くは6年の大学を持っていますけれども、5年で修了する国もございます。アメリカのように大学4年を卒業した後、学士になってから4年間の専門の教育という場合もございます。これは国によって違いますので、それぞれの国でできるだけ対応をしていきたいということで、色々やっております。一応5年間でも十分に時間をかけて教育を受けている、例えば、イギリスなどは5年で卒業になるのですけれども、そういうところについては、日本語の診療能力、日本にいれば日本語診療能力はすぐできますけれども、日本語の医師国家試験ですので、日本語の能力を見た上で、本試験に行ってくださいという上の方になります。例えば、中国では、5年と言うと必ずしも時間が十分ではないという場合には、まず、予備試験を受けていただいて、それが受ければ、とりあえず実地修練を1年やっていただいた上で、国家試験を受けさせるという形になっておりま

す。

最近の取得国別ですけれども、以下のようになっています。医師の場合は、一番多いのは中国での卒業の方々ということになっております。

次のページは、予備試験です。これは若干時間が足りないというのが多いのですが、それは中国の医学部を出た人が多いということになっております。特に外国医師についてのことですけれども、これは特別の法律を作りまして、外国医師の修練という形での勤務を認めようという形になっているというのが次のページでございます。これについて、さらに医師制度を拡充しようということで、次のページを御覧いただきたいと思いますが、見直しについてというところがございます。具体的な内容としましては、従来は国内で勉強するという意味では2年間の勉強期間を認めていたわけですが、例えば、大学院に来て勉強したいという方もおられますので、そこについては4年程度まで延ばしていこうではないかということです。

あとは、手続要件が結構煩雑だということもありましたので、できるだけ煩雑にならないような形の簡素化を図るということと同時に、ただ、この場合に日本の国内で日本人を相手に医療をすることになりますので、受入れ病院がしっかりとその人たちを指導、監督ができるようになるところは押さえながらも簡素化をしていこうということになっております。

次のページで、さらに新たな分野として、もう少し研究とか高度なテクニックを持った方々が日本国内でそれを教授したり、研究目的という形で来られる部分があるということで、その部分については少し拡充しようということで、臨床修練ではありませんけれども、今そういう目的を少し広げようという改正を考えております。教授や臨床研修の部分については、経験年数がもう少し修練に比べて長いとか、まず、どのような計画、どのような研究をするとか、あるいはどのような教授をするのかということについては計画表を出していただくということにしています。こういうような形で、今これに向けて多分次の通常国会になると思いますけれども、この法改正準備を行っているところです。

もう一つのテーマとして、外国の方で、日本で居住しておられる方々がどうも医療を受けにくいのではないかとこのところにつきましては、外国人患者の受入れ、医療機関の認証制度を持っておりまして、これについてできるだけ拡張していこうということで、来年度予算でも拡充の予算を取っているところでございまして、これは基本的には通訳をしっかりと付けるということ、医療の内容はしっかりとした医療をやっているということ、そういうような形の中で認証制度を拡大していきたいと考えております。

時間がありませんので、次、外国人看護師についてです。看護師の資格認定については、医師とほぼ似ているわけでありまして、やはり看護師の場合も看護師国家試験に合格して厚生労働大臣の免許を受けてくださいというのが大原則であります。その場合に、国家試験を受ける資格、そこで規制をかけておりまして、ここに一、二、三、四、五とありますけれども、特に外国の方々については、5番目の「業務に関する学校もしくは養成所を卒

業し、または外国において看護師免許に相当する免許を受けた者で、前1から3号までに掲げる者と同等以上の知識及び技能を有する者」となっています。医師はまだ比較的、先ほど言いました5年ないし6年という勉強期間があるのですけれども、看護師の場合は、国によっては大学でやっている学士を持っている看護師も多々制度としてはありますし、日本のように、3年で一応看護師資格が取れるという養成所形式を取っているところもあります。国内でも、御承知だと思いますが、准看護師という資格を持っていて、看護師とよく似た制度がある。これは諸外国においても看護師や准看護師、色んな名前・名称がありますけれども、そういう形で、例えば1年で取れるようなところもあったり、これは制度が様々ですので、ここについてはどういう勉強をしたのかということをしっかり載せていただくということです。

次のページです。これはカリキュラムをしっかりと出していただいで見るしかないので、修了年限、教育科目、履修時間、そういうものをしっかりと見ていった上で、日本語能力の試験をちゃんと受かってください、それから日本の国家試験を受けていくということになっております。

これで実際に受けてこられた方が、次のページでありますけれども、最大が中国の方々が多いということでもあります。これとは別に EPA、経済連携協定の中で、相手方からの要請として、当該国の看護師を日本でも働けるようにしてもらいたいという要請がございます。その要請から EPA 協定に基づく日本での看護師免許の取得への援助はしているということがございます。ただし、この EPA の分野についての話は、あくまでも日本での看護分野の労働力不足対策ではないということを確認した上でやっているということでありまして、インドネシア人 200 人、フィリピン人 200 人、来年度からベトナム人が入ってまいります。

これについては、ざくっとですが、次のページに書いてありますけれども、色々と批判がございます。たくさん国内で色々やっていたのですけれども、国家試験が日本語でありますので、日本語のほうが難しいと言われております。したがって、ルビを振るとかなり色々な工夫はしておりますけれども、ただ、英語で試験を受けるという話もありますのですけれども、日本国内での免許ですと、国内の日本人が対象患者ですから、日本語でちゃんとコミュニケーションを取れないということで、あくまで日本語で試験を行うという形で、時間を延長しながら工夫はしておりますけれども、それでも合格率はそれほど高くありません。その対策としては、日本語の勉強を来る前にやっていただくということで、来てからもやっていただくのですけれども、向こうの事前の勉強期間をしっかりとやっていただいた上で来ていただくということで、改善を図っていくということで、それぞれ当該国と調整しているところでございます。これが看護師関係のところでございます。

病床規制についてでありますけれども、これは御承知のように、基準病床数制度を作っております。これは医療法の中で、療養病床、一般病床につきましては、二次医療圏、日常生活圏を中心に普通の入院医療が完結するようなエリアを都道府県で定めていただいで、

その中で一般病床や療養病床の数の上限を定めた上で、それを超える場合には、基本的には新たな病院の開設については控えてくださいという勧告ができるという制度になっております。

実質的には、その勧告を受けて、それでも嫌だと無理して造るとすると、保健医療機関としての指定はしないということに日本の制度上なっているわけであります。そのあたりで、現実的には新しい開設は難しくなっているということであります。これについては、日本の病床の数を単純に見ますと、いわゆる一般病床、療養病床で言いますと、世界の先進国の中で圧倒的に多くなっている、たくさんあるというのが現実であります。ですから、そのあたりをどうしていくか。また、医療機関の数、病床の数が多いと医療費にも直接跳ね返ってくるところがあるとも言われておりまして、だから、一般病床、療養病床の規制が始まったと承知しております。

その中で、平成になってから、一般病床、療養病床を合わせますと、125万床程度ですと推移して来ているというような形で病床規制が付いています。ただ、エリアによっては、例えば、子どものための病床が少ないでありますとか、特にがんについて専門にやるところが少ないでありますとか、それぞれの特徴、あるいは救急のためのベッドが少ないとか色々な要請がありますので、そういうような特徴のあるものについては特例的に認めるということで、最後のページになりますけれども、特定の病床等の特例に関する例ということで、ここでは、今言いましたように、がんとか循環器疾患、小児疾患、周産期疾患等々、下のほうに行きますけれども、12番に治験に係る病床という形で、新たな薬の治験のための病床、そのための専用の病床であるならばオーバーベッド地域であっても認めることを考えてございます。ですから、色々な状況の中で、こういう分類をもう少し検討していただいた上で、特定の目的のための病床というのはこういう形で認めているという状況があるということでございます。

医学部については、もう一枚のペーパーがございます。

基本的にどうかということでありますけれども、医学部を新設したいという御要請は色々ございます。それは色々な状況の中で要請があるというのは承知しております。我がほうとしましても、日本の医者が多いのか、少ないのかということにおいては、絶対数的には OECD 諸国の中でも多くはない、下のほうにあるというのは承知しております。もう少し増やしていきたいということで、また後で説明します。

ただ、問題なのは、地域格差というのは、都道府県別に見ますと、人口の急増地域とか色々ありますけれども、人口を10万人単位で見た場合に一番少ないのは埼玉県であります。その代わり一番多いのはどこかと言うと、京都府で2倍ぐらいの格差があるということです。御覧のように、左は北海道から沖縄までずっと書いてありますが、いわゆる西高東低であるのは間違いのない事実であります。このあたりは歴史的な医学部の設置の状況であるとかそういうのが影響して、やはり医学部があると、ある程度周辺部分には医者が必ずしもそこに居つくわけではありませんけれども、そういうところに増えていくというのは多

分事実であろうと思います。そういう意味では、西日本に多く、東日本に少ないという現状があるということは承知しております。

できるだけ格差を少なく、なくしていくためにもどうしていくかということで、次のページであります。医学部入学定員、これは昔の昭和 36 年、かなり昔から書いてありますけれども、左端に昭和 48 年閣議決定、無医大県解消構想というのがございました。それまではじわじわと増えていますが、大体 3,000 人ないしは 5,000 人程度の枠でやってきたのですけれども、各県 1 医大構想というのが出来まして、いわゆる日本列島改造論かその頃の時代でありますけれども、その中で、新設医大がこの頃 40 近く開設をされました。おかげさまでもちまして、約倍の 8,000 近くまで養成数が増えることになった。

ところが、この急増の段階でオイルショック等々もございまして、医者が増えれば医療費が増えるのではないかという大きな懸念が示されたこともありまして、医師は全体として過剰を招かないように配慮しようということでセーブがかかっております。したがって、ここら辺の昭和 56 年度あたりからその右のほうに行きますと、7,600 人当たりで大体医学部約 1 割ぐらい定員をカットしてくださいということで要請いたしまして、7,625 人ぐらいでずっときておりました。

ところが、その中で、日本全体としての医師の養成数は必ずしも多くはないと、医師の数は多くはないということで、平成 20 年から一部定数削減等廃止いたしまして、現在、平成 25 年までに約 1,400 人あまりの定数増になっています。一学部 100 人程度ですので、14 学部新しく出来たぐらいの勘定の形になっております。

また、その他にも地域枠という中で、地域に定着していただくということで、卒業後、大体奨学金をあげますので地域に卒業後居てくださいということで、9 年ぐらいの義務年限を課しているところが多いわけですけれども、都道府県がそれぞれに奨学金を準備して、多くは地元の大学、あるいは隣接の大学などにそういう地域枠の学生を置いて育てている。これがそろそろ卒業してくる時期になってきているという状況でございます。

それが医師の需給から見た私どものお話でございまして、申し訳ないですけれども、医学部そのものの新設、設置については、今、文部科学省が来られましたので、文部科学省の資料で説明させていただきます。

○村田課長 お手元の資料は文部科学省のものを用意していただければと思います。よろしく願いいたします。

医学部の新設について、制度の現状ということで、今厚労省からお話があったとおりでありまして、平成 19 年以前は、昭和 57 年と平成 9 年の閣議決定を踏まえて定員を抑制し、新たな設置を認めないという取扱いにしていた。それが平成 20 年以降のところでございますけれども、厚生労働省で医師需給、あるいは関係大臣の合意等に基づきまして、地域の医師確保の観点から定員増を介してきたことで、定員を 1,400 人ほど増やしたというのは先ほどの御説明のとおりでございます。

一方で、医学部の新設の問題につきましては、色んな御意見があって、文部科学省でも

実は平成 22 年から 23 年まで有識者の検討会議を設けて検討いただきました。これは新設も含めて御検討いただきましたけれども、これは御出席の委員の関係者の中にも、医療関係者、大学関係者の中にも慎重、反対、両方の御意見が真っ向から対立をして、結論から言うと、両論併記という形で整理をさせていただいた。

この問題については、特に私どもとしては、今後の医師の需給、あるいは地域的なバランス、そういったことをどう考えるのか。これは特に今まさに社会保障の全体の中での医療提供体制についての議論はこれから具体的に進むということですので、私どもとしては、医学部の設置とか大きな流れについては、これまでもそうでございますけれども、文部科学省、厚生労働省始め関係省庁、少なくとも閣議決定、あるいはそれに近いレベルの方針が決まって、それを受けて文部科学省として具体的な定員のあり方、あるいは設置の認可をしてきたということですので、これについては引き続き先ほど申し上げた、これから今まさに議論を行っております医療提供体制、需給の見通し、さらに先ほどお話があった来年から定員増した学生がいよいよ医師としてなるということで、そうした効果の検証を踏まえながら検討して対応していくということを考えているところでございます。

以上でございます。

○八田座長 ありがとうございます。

それでは、委員及び参考人の方から御意見を伺いたいと思います。

では、阿曾沼先生、どうぞ。

○阿曾沼教授 御説明ありがとうございます。

一つ確認ですが、例えば、日本人医師が海外の大学で養成されていくケースはいくつも例があると思います。例えば、現地日本人会とか在外公館から日本人医師に来てほしいとの要請があった場合は、その国の医師免許がなくても診療可能という判断で医師は派遣しているのでしょうか。

○北澤課長 在外公館の中で、対象が海外に行かれている日本人ということであれば、基本はその中での完結したものということになりますので、その方が外に出て医業をすとかそういうことになれば、当然その国の医療制度にかかると思うのですけれども、基本的に在外公館の中で日本人に対して医療ということは基本的には行っているということになると思います。

○阿曾沼教授 公館内だけではなくて、例えば、特定の診療所を開設して診療をやるということは、現実的には二国間の中ではできないのですか。

○原局長 協定があれば、一部あります。シンガポールなどはそうです。非常に厳しくて、防衛省にいたときにアフリカの南スーダンのエリアに派遣をする。当然自衛隊は医者が付いていきますから、そこは部隊の中でありますから、医者は部隊員だけである。たまたまそこに民間の企業で行っておられる方が怪我をしたので診てほしいというときには、実はそこは向こうの政府の了解を取って、基地内でやるのは別に構わない。

もう一つは、隣国に外務省の出先もあったのですけれども、自衛隊の医者に来て診てく

れないかと言われたときも、向こうの政府の了解を取らないと、大使館ではありませんので、治外法権ではないのでダメだということで、そこは正式なルートを通らないと基本的にはダメだということです。多くの国はそうだと思います。

○阿曾沼教授 もう一つ確認ですが、修練制度ではなくて教授制度ということがずっと議論になっていて、教授制度ができるようになったということですが、これによる期待、例えば、外国人医師の就業そのもの、治療そのものがどれだけ推進されていくとお考えなのでしょうか。

○原局長 この部分について、先ほど EPA の看護師のところでも言いましたけれども、ボリュームとして外国人医師に対応する予定は全然ない。そうではなくて、先進的な医療技術であるとか、あるいは臨床研究であるとか、研究しながら診療も必要になるというような場合における期待をしている。だから、日本の医療の質の向上のためには一定の効果を期待している。

○阿曾沼教授 現時点での日本国内での議論では、対象患者は日本人であるという限定された議論ですね。例えば、日本人ではあるが、バイリンガルで英語を高度に理解している方たち、海外勤務先で受けた治療を継続したいと希望される方々、もしくは日本にいる外国人が自国の医師でチーム医療をやってほしいといった希望に関しては、基本的には制度そのものは想定外だと理解します。

しかし、それを可能とすることは今後の国際交流ということ考えた場合に想定すべきではないかと思えます。そのための措置を早いうちから講じておくことが、非常に重要なポイントなのではないかと思えますし、いつまで閉ざしておくのかということなのだろうと思えます。

○原局長 バーターというか、そういう考えではアメリカとかイギリスとかフランスとかはやっている。そういう中で、シンガポールは逆に向こうからも言われて協定に持っていったけれども、実際シンガポールからは来ていない。実績から言うと、イギリスは4人ぐらい現在活動しておられるという形ですけれども、やはり少数なのです。枠はもう少しあるので、枠がいっぱいまで使われたことはあまりないので、今は10人とか7人とか、そういう枠で動いている。もう少し本当に必要があってどんどんそれを使いたいという要請があれば、その枠を広げるとか、それは多分可能ではあるかと思えます。

○八田座長 アメリカは何もないのでしたか。

○原局長 現在働いているのは1人だけだったと思えます。

○八田座長 これは不思議な気がしますね。何か不便なところがあるのでしょうか。それは看護師を連れてきていいという仕組みになっているわけですか。

○原局長 それはないです。

○八田座長 医者だけ。そういうところを自由化するといいのかもしれませんがね。

○原局長 ただ、極端に言えば、今、大使館の中で外国の医師が外国、自国民のものを診るのは別に何も言っていないです。日本の警察権が及ぶ範囲ではないです。

特区は色々御意見があると思うのですけれども、一般の地域でやる場合には、日本の国家がちゃんと管理した中でやっていただくというのは大原則だと思います。今、阿曾沼先生がおっしゃいましたが、特区でもう少しということだと思いののですけれども、特区の中でどう考えるかというのと、特区から免許地というのは、例えば、先ほどの二国間協定で免許はあげるのですけれども、あなたは保険料診療できませんよと、自分のところの国民だけですよということでお約束でやっていただいているわけです。そういうものは先ほど言いましたが、二国間協定をもう少し広げるとか、もう少し柔軟にできないかというのは検討の余地はあろうかと思ひます。

○阿曾沼教授 日本で外国人と言うと、どうしても欧米人を想定しますが、ブラジルとか、アジア各国の方々が圧倒的に多いと思ひます。それらの国の方々は自国の医療より日本の医療を受けたいと希望されることが多いかもしれませんが、色々課題は現実にはあると思ひますが、国家戦略特区の中で世界に開かれた医療を実施していく上で、何かできるかを考えておくべきだと思ひます。当然安心・安全の担保は非常に重要であります、必要なルールを作って、厚生労働大臣ということではなくて、首長、市町村が責任を持って自分たちの守備範囲に関して、きちんと責任を持って実施可能としておくことも必要なのかなと思ひます。それだけ責任を持って取り組む自治体があるかないかは別問題ですが。

何でもかんでも厚生労働省認可が得られないということになると、首長たちのモチベーションがどんどん落ちてくるのではないかと思ひます。

○八田座長 国際的なビジネスを盛んにしたいという国の方針があるので、特区では、なるべく外国企業を呼んできたいというわけです。特区に来る外国人の方に今までの制度がうまく利用されていないとすると、どうやって改善したらそういう人たちが安心して来られるようになるだろうかということを検討する必要があります。だから、先ほどのところなどは看護師のチームなども自由診療については認めていただく。外国人の看護師ということも御検討いただきたいと思ひのです。

あと、他にいいですか。

○原局長 先ほどの話の中で、ここにもわざわざ医療水準改定と書いてある。実は阿曾沼先生がおっしゃるように、前から議論しているように、ある程度考慮の対象になり得ると思ひのですが、だけれども、現実的には看護師は圧倒的に中国から来るわけです。ここをどうするか。中国が高いのか低いのかコメントしませんが、おそらくこの規制を変な形で緩めると、圧倒的にどっと人が入ってくる。

○八田座長 病院が相当な水準であるという枠をはめるということは必要だと思ひます。例えば、JCI とかそういう基準で認めているところとする必要はあると思ひます。それは一つです。

もう一つ、実際問題として、企業で働いている多くの外国人には、日本の保険が適用されているわけですね。元来は、外国人医師は保険診療もできるべきです。そういう方たちを受け入れるような保険の病棟を、なるべく質の高いものを造りたいという要請はあると

思いますから、ここについては、先ほどの病床数規制を緩める必要があります。保険診療ではあるけれども、それなりに高度な資格を持ったところについては、病床数を緩めるということがどうしても必要なのではないかと思うのです。病床数が制限されているために外国人対応をやるような新しい試みが中々やれない、旧来のところが優遇されているというのはまずいと思います。それが一つです。

それに対して、病床数がそんなところばかり増えてしまったら困るのではないかというようなのは当然の御指摘なので、そうしたら医学部の数を増やすべきではないかと思うのです。それは先ほどあったように、基本的には、医師免許を取った人はどこでも行けるわけですから、とにかく日本全体で増やすことは必要でしょうが、高度の医療施設に対して病床数を増やしてやるというのに対応して、一定の水準以上の教育もできる医学部に関しては増やすといった方策があると思います。外国人医師が、今のように1年に15人ではないかにも少ないのではないかと思うのです。病床数を制限しておいて、医者数を増やそうというのは矛盾している話なので、これは両方とも増やす。それを少なくとも最初は突破口として、特区でもってやるというようなことが随分おっしゃっていることと整合的に聞こえるように思うのです。

○原局長 そこは微妙なのですけれども、日本全体をどうするかというのを、特区を突破口にしてそれを広げると言われると、特区でもやめてくださいという話になってしまう。

○八田座長 病床数は特区で増やすけれども、医学部の増減は、それに伴って全国どこでもいいということはある得るかもしれませんね。両方ともセットでずっと制限し続けるのでは、これから年寄りがどんどん多くなっていく時代に困るに決まっていますね。

○原局長 そこは需給をちゃんと検討していきます。現在は、新設医大を出てきた卒業生がいますので、毎年4,000人ぐらい医者は増えていっています。あと、例えば10年ぐらいはそのまま増えていきますし、その後、増加スピードは落ちますけれども、それで行くと、三十数万人まで行きます。おそらくその数で多分やるのだろうと考えます。

○八田座長 阿曾沼先生、どうぞ。

○阿曾沼教授 医師定員の問題は以前から議論されていると理解しています。医師の必要数の算定ベースは需給均衡ですね。

しかし、どうして医者定数議論が需給均衡でなければいけないのかということはずっと理解できないでいます。医療経済的な議論の中で、医療需要誘導の観点から、医師数や病床数を増やさないという議論があることも承知しています。

しかし、これからは需給均衡概念を少し変えて、良い意味での競争環境を作り、世界に通用する多くの医者を輩出していくベクトルで考える場合、私は需給均衡である必要は全然ないと思うのです。最終的に医者の能力は医師国家試験でふるいにかけるわけですから、医学部を出てもらう人は何人いたっていいのだと思います。例えば、医療産業界にも国際競争力を上げていく上で、医学部出身者や臨床経験のある医師たちが活躍できる場は多くあると思います。医学部を出て医師国家試験を取った人は必ず医者になるという世界から、

世界で活躍する医師、医療産業界で活躍する医師、行政で活躍する医師などの多様性を持つべきだと思います。この需給均衡という観念を本当は崩してほしいと思います。

○八田座長 それは当然です。需給の将来見通しに対してどう対処するかについては、職業を選ぶ人はそれなりに自分の責任があるわけですね。今、阿曾沼先生がおっしゃっただけではなくて、例えば、基礎医学の分野にも医学生はどんどん進んでいけるはずで、基礎医学に進んでいる医者は多くないと思います。製薬会社にも入っていけるし、医療政策全体を勉強する人も増えていってほしい。これは増やさなければいけないと思うのです。その際、それを増やすときにどういう秩序を持って増やしていくかということは議論があってもいいと思います。

先ほどの西高東低であることに対しては、多少地域的なことを考慮して優遇するということはあるべきかもしれないけれども、医者の世界は先ほどのような免許を取って動かせるし、阿曾沼先生がおっしゃったように需給均衡を地域ごとにやるような必要もないだろうということになると、これはかなり大々的な緩和をやるべきではないか。その突破口として、特区を使えるのではないかと思います。要するに、管理しながらやれるのではないかということなのです。

あまり繰り返しになるから嫌だけれども、外国人を入りたいという希望があったら、かなり新規の工夫をした病院が入って来られるように、病床をまず増やせるようにしてあげなければいけないでしょう。

○阿曾沼教授 公権がどこまで介入できるかというのは非常に問題があるかもしれませんが、病床規制には退場ルールがないのです。私はやはり退場ルールを作ることが、病床のバランスの機能というものを考えるには非常に重要なことだと思います。

○八田座長 それは需給調整をやるためにですね。普通だったら自然にやればいいわけですね。

○阿曾沼教授 例えば、病床稼働率 60%以下が 3 年続いたら、40%の病床を行政管理下において、それを首長権限の中で必要な病院に配分していく。そういうルールをやっているのではないかと思います。

○八田座長 では、文部科学省、どうぞ。

○村田課長 先ほどの医学部のことについて、1 点八田座長からもお話がございましたとおり、確かに需要の問題はありますけれども、一方で、私どもは厚生労働省とも共通して、質を保ちながらどう整備していくのか。ですから、最近の状況からすると、かなり国民の皆様の一般的な医者に対する期待感というか、水準の高い地域医療は相当に強くなってきておりますし。

○阿曾沼教授 それは国家試験でやればいいではないですか。毎年、国家試験で何人作らなければいけないというルールの中で検討できるのではないかと思います。現実には種々の壁があることは十分に理解をしていますが。

○八田座長 私だって入院して、本当に数少ない医者が駆けずり回って夜も寝ないでやっ

ているのを目の当たりにしました。そんなばかばかしい状態を救わないと、医療の質は上がらないです。だから、今、阿曾沼先生がおっしゃったように、質を上げるというのは医師の試験できちんと担保すればいいので、人数を増やさなかったら質は下がります。今はっきり下がっていると思います。

文部科学省だから研究にも御関心があるのですが、医師が基礎研究に向かう人が少なくなってしまったというのは、そちらの質の観点からも大問題でしょう。

○原局長 たくさん造って一部にやらせればいいではないかというのは、6年間金をかけて育てるのは無駄が多いと思うのです。医学部1人当たり相当な金をかけていますから、それが一つある。

もう一つ、取り上げられないかというので、退場ルールの話ですけれども、これは阿曾沼先生も御承知のように、例えば、闇で裏では一床いくらとかという話があります。

○阿曾沼教授 とても不健全ですよ。

○原局長 逆に言うと、それはある意味では、既得権の財産になっているわけです。それを取り上げてしまうことになるのです。だから、これは中々そううまくは行かない。

○阿曾沼教授 国家戦略特区でやればいいのではないのでしょうか。

○原局長 うちも考えておりますけれども、難しい。例えば、利用率6割と言うけれども、この病棟、この病棟が閉鎖してこちらを使ってここは取り上げる。ところが、6床部屋を4人ずつで使っていますとなると中々取り上げられないです。そこら辺をどういうようにデータを取るかを含めて、うちでも調査をやっていますので、そこはおっしゃるとおり既存の中でもまだ使える余地はあるのではないかという御指摘はそのとおりだと思いますので、新しいものが出来ないかどうかというお話のところは両方ある。

○八田座長 今おっしゃったことは、例えば、ニューヨークでタクシーを始めようとする、メダリオンというのを買わなければいけないですね。それが私は10年前ぐらいに調べたときにも2,000万円かかった。2,000万円払わなければ1台運転できない。それは全体のメダリオンの数が限られているから、需要が増えればどんどん値段が上がっていくわけです。運転手は銀行から金を借りてそれを買うわけで、次々何十万か払うわけです。けれども、そうやってしまったものだから、メダリオンを増やせないのです。増やすと既に持っている人の財産価値が下がってしまう。けれども、それは本末転倒ですね。メダリオンは5年に一遍とか10年に一遍とかという期限限定にしておけば良かったのに、財産にってしまった。これが今の医療の病床規制が、まさに一種の財産権になっていて、政治的に非常に大きな反対が起こる原因だと思います。これは放っておけない状況になったから、少なくともこういう緊急の必要性のあるところでは増やすという方向だし、取り上げるということはしなくても、段々市場の価値が下がっていくような仕組みになってもやむを得ないという決断をされるべきではないかと思うのです。やはり既得権保有者の財産価値を守るために、国民全般のサービスが下がってくるということになったらとんでもない話だろうと思います。

あと、論点ですけれども、原則論から言ったら、例えば、医学部を増やしていくべきであり、これから医師の質さえ下がらなかつたら、その人たちが積極的にやろうということは特区などではお考えいただけると考えてよろしいでしょうか。

○原局長 医学部をつくるというのは、医者を育てる、もちろん学生が入ってくるという点だけではなくて、医学部をつくるのは病院が当然必要になってくるので、病院に数百名の医者を集めなければいけない。

それで一番懸念するのは、今、地域の中で非常に医者が少ない地域がたくさんある中で、大学の医局が派遣していたところから進めてきて、そちらの医学部の新しいところに何人か回していくということになると、地域への医療の影響というのは非常に大きいと思うのです。それはある程度つくる場所によっては違うと思いますけれども、バックアップするところがどれだけの地域に迷惑をかけるかどうかというのは非常に大きな視点だと思います。

○村田課長 東北でも被災後は東北地方の医学部を、という話があるのですけれども、一方で、今、原局長からお話があったみたいに、逆に東北の周辺から医者を集めないと中々できないのではないかという。

○八田座長 そうすると、今、原局長がおっしゃったのは、結局我々は特区などを考えていますけれども、特区の中で特に外国人という必要があった場合に、病院と医学部とセットで考えて、しかも、地元が対応できるという認定をするという地元の合意があるというようなことを条件にすべきだということでしょうか。

○原局長 医学部の病院は普通の病院というか、広く患者が日本にたくさんおられる病院でないと困るのですが、逆に言うと、保健医療の世界から言うと、非常に高額な病院がどんと一つ出来ることになるわけです。それはエリアだけの問題ではなくて、保険診療をやるという上では1エリアで、それはみんな自分のところに高度な医療機関が来てほしいです。日本は結局小さな病院をまちが造っていったという現状なわけです。どこだって地元の近くでいい病院が欲しいわけです。その病院を造る、そういうような視点から、地元だけの合意では全体の保険診療は語れないと思います。そこは病床制限も基本的には都道府県でやっていただいた上で、先ほどの特定病床の特例というのはあくまで厚生労働大臣と協議した上でやっていきたいと思いますという形になる。やはり全国的なバランスを考えないといけないということで、地元は歓迎します。でも、それは全国での影響を十分考えた上でないと、地元が賛成だからいいというわけには多分いかないと思う。

○村田課長 そこはアメリカの大学の医学部でも同じということ。

○八田座長 地元の医師会が反対するかなと思ったのです。

○原局長 地元の医師は、すぐ近くはひょっとしたら反対したいかもしれない。全体から言えば、そこからそんなに影響を受けるエリアのほうからは反対があると思う。

○八田座長 これは果てしなく全部心配だからと言ったら何も進まないの、先ほどのメダリオンの話と同じなのです。どこかで突き破っていかなければいけないから、地元のコ

ミットメントがかなり強い特区の中で、厚生労働省は大体こういう条件が満たされればい
いだろうということを指定するのが有効かなと思うのです。

私、昔、留学するときには、こんな大きいレントゲンを撮ってアメリカに持って行かされ
たのですけれども、そのときには英語で診断書を書いてくれるのは聖路加か東京衛生病
院しかなかったのですけれども、当時でも外国語対応というのはあったと思うのです。そ
ういう病院がもっともっと増えていいのではないかと思うのです。そのためには、かなり
のことをやらなければまずいのではないかと思うのです。

阿曾沼先生、どうぞ。

○阿曾沼教授 今の議論を伺っていると、既存の規制や制度が日本人対象と限定していて、
医療の実施は保険診療と限定しているわけですが、多くの規制改革項目をセットで考えて
いく必要があると思います。外国人医師が働きやすい環境や、海外で承認されている医療
行為を実施可能とする環境整備が望まれていると思います。

○八田座長 二つの問題がありますね。一つは、医学部と病床の規制の緩和、これは保険
と深く関わっている。

もう一つは、今、阿曾沼先生がおっしゃったように、外国人の医者が来やすいようにす
るためには、外国で認められている医療行為をこちらで認めるようにすることと、看護師
のチームが来られるようにすることは両方とも必要だと思います。

しかし、全国でいきなりというのは確かに難しいかもしれないけれども、特区で認めて
いただくと、まさにオリンピックも来る日本の新しい時代に第一歩が踏み出せるのではな
いかと思うのです。

○阿曾沼教授 一つの事例で言うと、ニューヨーク駐在の日本人が、がん治療を受けてい
て、継続して日本に帰国後も同様の治療を受けたいということは今後どんどん多くなって
いくと思います。しかし、日本で同様の治療を継続して受けたくてもできないわけです。
薬の個人輸入で自費でやる道はありますが、それを積極的に提供してくれる医療機関も限
られるでしょう。日本に帰国して治療法が変わることによって、患者が不安になっていく
わけです。現実にそういう事例を経験しています。日本人だってそれを望む人たちがいる
と思います。

○原局長 保険局の話で我々医政局の話ではないのですが、基本的には最終的にいい医療
だと日本に入れたい。それは保険診療でやるのだということは大前提です。だから、やる
のは例えば、評価療養でできるだけ早く日本で使えるような形の評価をしていこうという
のが今の流れです。そこは例えば、アメリカの病院で受けた治療がこちらで受けられない。
それは薬の効能の中に適応症が書いていない。そういうのは適応症を書かせるべきですね。
そういうような動きは迅速にやるべきだということは十分承知しているし、そういう形の
保険の中でやっていきましょうというのは、今の政府全体の考えだと思います。それは逆
に差額ベッドのように、効果があるかどうか分からないけれども、ある療法は全部チョイス
できますという話であれば、そうなってくると、医療保険制度は崩壊していきます。い

い医療もどんどん外で高い料金を取れるような形で、そういうようになった場合に、国民皆保険制度の本質的なところは抜けている。だから、いい医療は保険診療の中でやるというのは崩してはいけないと思います。できるだけ早くにする。

○阿曾沼教授 それは当然原則なのですが、医療財源を考えれば、医療の多様性に追いついて行かなくなるでしょう。

○原局長 混合診療ではなくて、自由診療ならいくらでもできるではないですか。それこそ薬も違う、用法も医師の責任でもってできるわけですから、それは自由診療の世界まであれこれと制限を加えているわけではなくて、日本の場合は、医師の裁量は非常に強いですから、どういう診療をするか、どういう治療をするかは医師に任されている。

保険の中で、みんなでお金を出し合ってやる中では、共通のルールでやりましょうということだけですので、それをわざわざ非常に高額な自己負担があるけれども、ベッド代ぐらい保険料を出してよというのは違うのではないかと思います。それは全部自由診療でやられたら何も否定しない。そのための例えば、民間の医療保険があっても、その保険制度がどうか知りません。そういうのが日本でできるかどうかは財務省の話かもしれませんが、そういう世界があるかも分からない。ただ、日本人がみんなでお金を出し合ったお金で共通して有効な治療をできるだけ広げていこうという話は別に否定されていないと思います。

○八田座長 新しいものをなるべく迅速に導入するために、外国で認められているものを混合診療できるようにしましょうというのは、別に崩壊させるわけではなく、むしろいいものにするのに役に立つと思います。

○原局長 医療について、安全はどうしても確認しないと。だから、それをやるために評価療養をやるのです。

○八田座長 だけれども、自由診療させるわけでしょう。目標としては、いい医療をしよう、外国人を入れようと、全部賛成で、具体論になると将来の見通しがあまりないような話になっていくのはよく分からない。先ほどの医学部の新設、病床の拡大についても、とにかく特区の限定において何かやっていく。こちらの外国人医師を入れていくということも既にある程度やっているわけですから、それをもっとやりやすいような方向に是非進めていただきたいと思います。

最後に、混合診療の3番目の問題がありますけれども、これは全般的な質を上げるわけだから、ある特定の外国でも既に認められているもので、日本でそれを追加認定する途中のようなものについては、むしろいいのではないかと思いますけれどもね。

○原局長 それは結構入れているわけです。

○八田座長 昔、私が十二指腸潰瘍で下血したときに、フランス人の医者の方が、今はピロリ菌が原因となっていると言って、Journal of Internal Medicine に載った分かりやすい英語論文を送ってくれたことがあります。私を診た大阪の有名な大病院の医師に「除菌してほしい」と言ったところ、その医師が、フランス人ならいいかもしれないけれども、

日本人は分かりませんからダメですねと言われたのは忘れられないです。日本では、保険収載されていなかったから、その医者は知らなかったのです。混合診療を認めれば、競争があるから、そんなことはあり得ない。本当に日本の医療を改善するために頑張っていただきたいと思います。時間がなくなりましたね。

○原局長 医師需給については、長いスパンを考えなければいけない。要するに、今、医学部をつくって、医者が定年になって70歳ぐらいまで働いていますから。

○八田座長 だから、需給は考えない。需給のことは医学部に進学する当人が考えればいいことでしょう。特に絶対的に基礎研究も何もかにも不足しているわけです。

○村田課長 少なくともそれを踏まえてどのぐらいの医師が必要かというのは、日本全体として考えていくべきだと思います。

○八田座長 昔、文部事務次官が医学部の数をどんどん増やされたときに、これはやはり自己責任でやるべきだとおっしゃった。その後で、それが業界の圧力で止まってしまったのだと思います。

○村田課長 業界の圧力というか、医療全体の問題かもしれないです。

○八田座長 要するに、不足しているのは、色んな業界で医者経験のある人が必要なのです。それが今、全然出ていっていないのです。

○村田課長 ただ、先ほど申し上げたように、今18%、20%近く増やして、それが来年から卒業する時点でございますので。

○八田座長 色んな分野に行けるのですから、全部が開業医になる必要はないのです。

開業医だけの需給にこだわるのは何とかしないと、これから高齢化していく上で本当にどうしようもないと思います。

(※) 内閣府から厚生労働省へ確認する時期が遅れたことにより、厚生労働省発言部分については、発言者本人へ連絡を取ることが困難であったため、発言者本人への確認が取れていない。